

# Reklamationsformular

Implantologie – Chirurgie, Prothetik und Instrumente

## Kundeninformation

Praxis/Labor	Ansprechpartner	Kundennummer
Telefonnummer	E-Mail	
Anschrift		

Den ausgefüllten Reklamationsbogen mit dem zu reklamierenden Artikel und Röntgenaufnahmen/Fotos (wie zutreffend) einsenden. Wir empfehlen die Verwendung einer stabilen, transportsicheren Verpackung. **Achtung:** Zugesendete Reklamationen/Produktbeanstandungen werden nur mit Artikeln, die als gereinigt und sterilisiert identifizierbar sind, angenommen und bearbeitet.

## Produktinformationen (zwingend notwendig)

Regio	Art.-Nr.- (REF)	LOT-Nr.	Eingesetzt am (TT.MM.JJJJ)	Entfernt/ereignet am (TT.MM.JJJJ)

## Patienteninformation

Patienten-ID*	Geburtsjahr		
Allgemeinerkrankungen	Medikamenteneinnahme		
<input type="checkbox"/> Metabolische Erkrankung (z. B. Diabetes, Schilddrüsendysfunktion, Nieren- oder Leberleiden)	<input type="checkbox"/> Knochen-Stoffwechselerkrankung	<input type="checkbox"/> Langzeit-Kortisontherapie (bei zahnärztlicher Anwendung)	<input type="checkbox"/> Drogen- oder Alkoholmissbrauch
<input type="checkbox"/> Parodontalerkrankung	<input type="checkbox"/> Xerostomie	<input type="checkbox"/> Bruxismus	<input type="checkbox"/> Raucher
<input type="checkbox"/> Eingeschränkte Immunologie	<input type="checkbox"/> Kompromittierte Immunresistenz	<input type="checkbox"/> Strahlentherapie im Kopf-/Halsbereich	<input type="checkbox"/> Lymphstörung
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Psychische Störung	<input type="checkbox"/> Sklerodermie
Allergien	Sonstiges		
Mundhygienegrad	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> schlecht

Im Falle einer schwerwiegenden Schädigung (z. B. dauerhafter Schaden/Beeinträchtigung und/oder längerer Krankenhausaufenthalt) oder gar Tod des Patienten ist BEGO unverzüglich davon zu unterrichten.

## Beschreibung des Problems

Bitte füllen Sie auf der Folgeseite die entsprechende Produktkategorie **A**, **B** oder **C** aus

\* Falls ich Patientendaten nicht mit einer anonymisierten Patienten-ID , sondern personenbezogen übermittle, liegt hierfür eine Einwilligung des Patienten vor.

Es gelten die BEGO Garantiebedingungen sowie unsere Allgemeinen Liefer- und Leistungsbedingungen, jeweils zu finden unter [www.bego.com](http://www.bego.com). BEGO verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage der DSGVO und des BDSG. Die Verarbeitung erfolgt gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO zur Erfüllung des Vertrages. Für die Übermittlung weitergehender Patientendaten ist die Einwilligung des jeweiligen Patienten erforderlich. Die Informationen zur Datenverarbeitung gemäß Art. 13, 14 DSGVO können Sie unter <https://www.bego.com/de/datenschutz/hinweise-zur-datenverarbeitung> einsehen.



# Reklamationsformular

## Implantologie – Chirurgie, Prothetik und Instrumente

### A Chirurgische Informationen

<b>Knochenqualität</b>	<input type="radio"/> D1	<input type="radio"/> D2	<input type="radio"/> D3	<input type="radio"/> D4
<b>Implantatinsertion mit</b>	<input type="radio"/> Ratsche		<input type="radio"/> Winkelstück	
<b>Gewinde vorgeschnitten?</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<b>Kopfsenker verwendet?</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Angewendete Drehzahl (für Bohrer) in rpm			Aufgewandtes Drehmoment bei Insertion in Ncm	
<b>Augmentation vor der Behandlung?</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Falls „ja“, wann und welche (Name des Materials)?	
<b>Augmentation während der Behandlung?</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Falls „ja“, welche?	
<b>Sofortimplantation?</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<b>Primärstabilität erreicht?</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Einheitszeit			<b>Osseointegration erreicht?</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>Informationen zum Vorfall:</b>				
<input type="checkbox"/> Implantatbruch	<input type="checkbox"/> Trauma/Unfall	<input type="checkbox"/> Abszess	<input type="checkbox"/> Spätverlust	
<input type="checkbox"/> Nervenkompression	<input type="checkbox"/> Knochenrückgang/-abbau	<input type="checkbox"/> Peri-Implantitis	<input type="checkbox"/> Infektion	
<input type="checkbox"/> Frühverlust (inkl. keine Primärstabilität)	<input type="checkbox"/> Schraubenbruch/ Abutment-Hexbruch	<input type="checkbox"/> Angrenzender endodontisch versorgter Zahn	<input type="checkbox"/> Nicht-osseointegrierte Knochenaugmentation	
<input type="checkbox"/> Knochenüberhitzung	<input type="checkbox"/> Sinusperforation	<input type="checkbox"/> Andere	Falls „Andere“, welche?	

### B Prothetische Informationen

<b>Art der Restauration</b>	<input type="radio"/> Teilprothese (oben/unten)	<input type="radio"/> Vollprothese (oben/unten)	<input type="radio"/> Brücke
	<input type="radio"/> Einzelkrone(n)	<input type="radio"/> Andere	Falls „Andere“, welche?
<b>Sofortbelastung?</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Aufgewandtes Drehmoment bei Fixierung in Ncm
Datum der provisorischen/der endgültigen Restauration	Datum des Vorfalles		

### C Instrumente

<b>Ungefähre Zahl der Bohreranwendungen</b>	<input type="radio"/> erstmaliger Gebrauch	<input type="radio"/> 10–25	<input type="radio"/> über 25
Wie lange wurde das Produkt verwendet (z. B. Trays, Instrumente, usw.)?			
<b>Art der Reinigung</b>	<input type="radio"/> Manuell	<input type="radio"/> Ultraschall	<input type="radio"/> Thermodesinfektion
	<input type="radio"/> Andere	Falls „Andere“, welche?	Verwendete Reiniger/Chemikalien
<b>Art der Sterilisation</b>	<input type="radio"/> Autoklavierung	<input type="radio"/> Trockenhitze	<input type="radio"/> Chemiklavierung

### Rücksendung nach Bearbeitung

Nach Bearbeitung der Reklamation ist eine Rücksendung des Artikels gewünscht  
 Hinweis: Nach Abschluss einer Reklamation, werden in der Regel seitens der BEGO die reklamierten Artikel nach 6 Monaten verschrottet.

